



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso académico 2014/2015

TRABAJO FIN DE GRADO

***Plan de cuidados enfermero a un paciente adulto
intervenido de laringectomía total desde Atención Primaria.***

Autora: María Luisa Ibarz García-Consuegra

Tutor: María Teresa Fernández Rodrigo

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Abstract	4
3. Introducción	5
4. Objetivos	7
5. Metodología	8
6. Desarrollo	10
6.1 Valoración inicial	11
6.2 Diagnóstico-Planificación-Ejecución	11
6.3 Evaluación	31
7. Conclusiones	32
8. Bibliografía	33
9. Anexos	39

1. RESUMEN:

Introducción: Desgraciadamente, España es uno de los países en la Unión Europea con mayor incidencia por cáncer de laringe. La mortalidad predomina en el sexo masculino a la edad de 55-84 años. La consecuencia es la laringectomía total, una intervención agresiva y mutilante. La persona se enfrenta a una nueva situación en la que se originan nuevas necesidades que tendrá que aprender a cubrir. A nivel anatómico hay una pérdida de las funciones desempeñadas por la laringe; una secuela de gran peso es la pérdida de la voz, trastornos respiratorios y deglutorios, limitación laboral, pérdida de la autoestima y depresión psíquica.

Objetivo: Elaborar un plan de cuidados al paciente adulto laringectomizado total por el equipo de enfermería de Atención Primaria.

Metodología: La valoración del paciente se hace según el modelo enfermero de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se utiliza la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Los datos son recogidos a partir de la valoración inicial del paciente y para la evaluación psicológica se emplea la escala de ansiedad-depresión de Goldberg. También se valora el rol del cuidador principal con el test de Zarit. Los diagnósticos enfermeros que se exponen son limpieza ineficaz de las vías aéreas, deterioro de la deglución, deterioro de la comunicación verbal, entre otros.

Conclusión: Es una intervención muy temida, pero una vez superadas las dificultades, aprenden a vivir con ello, siendo una de las enfermedades mejor aceptadas.

Palabras clave: enfermería, laringectomía, paciente laringectomizado, rehabilitación, valoración, ansiedad, alimentación, escalas, cáncer de laringe, traqueotomía, nutrición, comunicación, postoperatorio y cuidados enfermeros.

2. ABSTRACT:

Introduction: Unfortunately, Spain is one of the EU countries with the highest incidence of laryngeal cancer. The mortality prevails in males at the age of 55-84 years. The result is total laryngectomy, an aggressive and mutilating intervention. The person faces to a new situation in which new needs are originate and he will have to learn to cover. On anatomical level, there is a damage of the functions of the larynx; a sequel weighty it's the damage of voice, respiratory disorders and swallowing, labor limitation, loss of self-esteem and psychic depression.

Objective: To elaborate a plan of care to total laryngectomee by the nursing team Primary Care.

Methodology: Patient assessment is done according to the nursing model of Virginia Henderson needs 14, NANDA, NIC, NOC taxonomy is used for it. Data are collected from the initial assessment of the patient and for evaluating the psychological part, the scale of anxiety - depression Goldberg is used. The role of primary caregiver is also assessed with the Zarit test. Nursing diagnoses that are exposed inefficient cleaning of the airways, impaired swallowing, impaired verbal communication among others diagnoses.

Conclusion: It's a very dreaded intervention, but once overcome the difficulties, they learn to live with it, it's one of the best accepted diseases.

Key words: nursing, laryngectomy, laryngectomee, rehabilitation, assessment, anxiety, feeding, scales, laryngeal cancer, tracheotomy, nutrition, communication, postoperative and nursing care.

3. INTRODUCCIÓN:

En términos globales la mortalidad es un buen estimador para conocer el impacto global de cada tumor en la población. El cáncer es la segunda causa principal de muerte, detrás de las enfermedades del aparato circulatorio. Desgraciadamente, España es uno de los países en la Unión Europea con mayor incidencia por cáncer de laringe. Éste se encuentra dentro de los quince tumores más malignos con una mortalidad predominante en el sexo masculino a la edad de 55-84 años (edad media de 67 años), siendo rara su aparición en gente joven. En cambio, en las mujeres, el cáncer de laringe se sitúa en los últimos lugares en relación a otros países de la UE y el pico de mortalidad se encuentra a los 60-69 años.(1-5, 20)

Si comparamos las defunciones por cáncer de laringe desde el 2002 al 2012, se observa que la mortalidad en el varón disminuye progresivamente pero en el caso de la mujer varía la cifra sin alcanzar el centenar de casos.(6-11)

La batalla contra esta devastadora enfermedad hay que enfocarla hacia la prevención y el diagnóstico precoz. Dentro de la prevención, el tabaco juega un papel fundamental, es el causante del 94% de los pacientes diagnosticados siendo insignificante entre los no fumadores. No se debe olvidar que actualmente una tercera parte de la población española fuma.(12, 19)

Existen otros aspectos influyentes: el factor genético, laringitis crónicas, déficit nutricional de vitaminas A y C, y la exposición a algunos contaminantes industriales como benzopirenos y asbesto.

El diagnóstico precoz tiene una gran repercusión, ya que los tumores incipientes tienen un índice de curación superior al 90%, y con un déficit vocal menor.(13)

Los tratamientos más frecuentes en este tipo de cáncer son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Dentro de la cirugía hay diferentes opciones y técnicas de tratamiento quirúrgico entre las cuales, este trabajo se centra

en la laringectomía total, extirpación total del órgano laríngeo por presencia de cáncer, pero que constituye una oportunidad de vida. Cuando la enfermedad es diagnosticada en estadios avanzados, o fracasan los tratamientos conservadores, entonces, está indicada la laringectomía total.

La laringectomía total es una intervención quirúrgica excesivamente agresiva y mutilante, y es un hecho conocido el alto impacto que genera en los ámbitos psicológicos y sociales. Hay una pérdida de las funciones desempeñadas por la laringe; una secuela de gran peso es la pérdida de la voz, que significa quedarse sin una parte esencial de uno mismo, sin ese medio directo de expresión y comunicación con los demás, que conlleva a una alteración de la calidad de vida de los pacientes y a una posterior rehabilitación funcional en la que tendrán que aprender a hablar y a comer, sin dejar de lado los cuidados del traqueostoma.

Acompañando a la pérdida de la voz existen otros trastornos como la anosmia, pérdida del gusto, disminución del reflejo tusígeno, disminución de la capacidad de esfuerzo físico, modificación de hábitos de vida, trastornos respiratorios, digestivos y deglutorios, limitación laboral, pérdida de la autoestima y depresión psíquica.

La persona que va a ser portadora de una traqueotomía, es considerada en un principio enferma, ya que posee una alteración fisiopatológica y se enfrenta a una situación en la que se originan nuevas necesidades que tendrá que aprender a cubrir. Por ello son importantes los cuidados posteriores al procedimiento, siendo el papel de la enfermera estar relacionado directamente con el éxito del mismo; se trata de una función inherente a la práctica enfermera y una responsabilidad esencial de la profesión. Son razones que motivan a determinar un adecuado plan de cuidados desde Atención Primaria, que le permita al paciente afrontar su nueva situación de salud con adaptaciones físicas y psíquicas para su reincorporación posterior a la vida familiar, laboral y social. Posteriormente, dependiendo de su respuesta al proceso, de su capacidad de adaptación y superación, de la respuesta de su entorno familiar, social y laboral, y de la actuación de los profesionales sanitarios, podrá o no ser considerada enferma.(14-26)

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Elaborar un plan de cuidados al paciente adulto laringectomizado total por el equipo de enfermería de Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar un plan de cuidados al paciente laringectomizado y a su cuidador principal para conseguir una mejora en la calidad de vida, disminuir la carga del cuidador, ansiedad y depresión, así como fortalecer la adaptación del paciente a su nueva imagen corporal.
- Disponer de una herramienta para unificar la práctica profesional, y orientar a los profesionales de nuevo ingreso.

5. METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la redacción del plan de cuidados (PC) se utiliza el modelo conceptual enfermero de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, aplicando las taxonomías enfermeras internacionales (NANDA, NIC, NOC) que permiten individualizar el plan de cuidados al paciente.

El uso de las taxonomías, permite al personal de enfermería una serie de directrices para efectuar planes de cuidados específicos, además de ejecutar y evaluar las intervenciones enfermeras adaptadas al paciente y a su cuidador. (27-30)

Se han realizado búsquedas en libros, bases de datos, revistas científicas, etc; como se demuestra en la tabla:

Base de datos, revistas, GPC	Palabras clave (Se han utilizado indistintamente los operadores booleanos "and"- "or")	Artículos revisados	Artículos seleccionados
CUIDEN Plus	Enfermería <i>and</i> laringectomía	13	7
	Paciente laringectomizado	18	5
Science Direct	Laryngectomy <i>and</i> nursing	6	4
	Laringectomía <i>and</i> rehabilitación	10	4
Evidentia	laringectomizado	4	2
	laringectomía	3	1
IBECS	Laringectomía <i>and</i> valoración <i>and</i> ansiedad	1	1
	Laringectomía <i>and</i> valoración	6	No hay texto completo, sólo abstrac
LILACS	Laringectomía <i>and</i> alimentación	2	1
	Laringectomía <i>and</i> ansiedad	1	1
MEDLINE	Escala Zarit	5	2
Fisterra	Escala	7	5
	Estrés postraumático	3	2
	Cáncer laringe	1	1
	Traqueotomía	1	1
	nutrición	1	1
Google académico	Comunicación <i>and</i> paciente laringectomizado	15	6
	Enfermería <i>and</i> laringectomía <i>and</i> postoperatorio	11	5
MEDES	Laringectomía	9	4

	Zarit	7	4
PubMed	Laryngectomy <i>and</i> nursing care	10	4
Dialnet	Laringectomía	20	8
	laringectomia and postoperatorio	3	1
	laringectomia and "cuidados enfermeros"	1	1
Alcorze	Laringectomia	9	5
Criterios y límites: Se ha establecido que las investigaciones sean realizadas y dirigidas a "humanos". Se han utilizado de forma indistinta los operadores booleanos " <i>and</i> " y " <i>or</i> ". Disponibilidad de texto completo. Enfoque a los cuidados de enfermería en el postoperatorio del paciente laringectomizado. Se excluyen estudios basados en encuestas, dedicados al paciente pediátrico o a pacientes con patologías concretas. Idioma: inglés y español. Periodo: 2005-2015			

La población diana serán aquellos pacientes que han sido intervenidos de laringectomía total y que acuden al centro de atención primaria para continuar con sus cuidados.

La metodología de actuación será con actividades de enseñanza individual y cuidados de la prótesis; las establece la enfermera de referencia, con una frecuencia de una visita cada dos semanas durante dos meses. Las sesiones se realizan durante el turno de mañana en la consulta de enfermería del centro de salud.

Transcurridos los dos meses, la frecuencia de visitas será mensual durante seis meses hasta la adquisición de los conocimientos y la práctica necesaria para alcanzar el mayor grado de autonomía.

En las visitas se realizará una valoración inicial; la escala utilizada para la valoración psicológica será la escala de ansiedad-depresión de Goldberg. Obtenida a través de la GPC Fisterra. Y en cuanto a la valoración de la dependencia del paciente una vez que se encuentra en su domicilio, se emplean la escala de Lawton y Brody y la escala de Barthel. (Anexo 1-3) (31-33)

En este PC también se tiene en cuenta el nivel de sobrecarga del cuidador principal y para su valoración se realiza la escala Zarit. (Anexo 4) (34)

Las siguientes visitas se establecerán a demanda del propio paciente o del cuidador principal.

El registro y seguimiento de las intervenciones enfermeras se realiza en la historia de enfermería.

También se cuenta con la colaboración de otros profesionales como los logopedas, psicológicos y los dietistas; los cuales desarrollarán su propio plan de atención.

6. DESARROLLO:

6.1 VALORACIÓN INICIAL:

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

Se desarrolla una valoración inicial según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson para valorar de forma integral el grado de satisfacción de dichas necesidades de la persona laringectomizada total. (27-30)

(Anexo 5: Valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson)

6.2 DIAGNÓSTICO-PLANIFICACIÓN-EJECUCIÓN:

1ª NECESIDAD. RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN. Respirar normalmente.

Una consecuencia de la laringectomía total es la pérdida de la función esfinteriana que repercute en el mecanismo de la tos, estornudo y la maniobra de Valsalva. También se pierde el proceso de acondicionamiento (calentamiento, humidificación y filtro) del aire inspirado que se lleva a cabo en las fosas nasales. Además la ausencia de flujo aéreo nasal impide la estimulación del epitelio olfatorio, lo que provoca anosmia o hiposmia; y debido a su interrelación con el gusto, puede aparecer ageusia o hipogeusia. Ambas son causas que provocan alteraciones en otras necesidades como en la nutrición por una mala disposición a la alimentación.

La inducción de flujo aéreo nasal es una técnica que permite la recuperación del olfato y gusto con la consecuente mejora de la calidad de vida en el paciente. (13, 16, 25, 35, 36)

NANDA: (00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c vía aérea artificial y retención de las secreciones m/p excesiva cantidad de esputo e ineffectividad de la tos.

Resultado esperado (RE):**RE1:** (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

ESCALA:

- 1- Gravemente comprometido
- 2- Sustancialmente comprometido
- 3- Moderadamente comprometido
- 4- Levemente comprometido
- 5- No comprometido

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
041004	Frecuencia respiratoria			
041005	Ritmo respiratorio			
041007	Ruidos respiratorios patológicos			
041011	Profundidad de la inspiración			
041012	Capacidad de eliminar secreciones			
041015	Disnea en reposo			
041016	Disnea de esfuerzo leve			
041019	Tos			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3180	Manejo de las vías aéreas artificiales	Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.		
		Realizar cuidados orales.		
		Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas.		
		Proteger la traqueostomía del agua.		
		Instituir medidas que impidan la desintubación/decanulación accidental.		
		Elevar el cabecero de la cama a 30° o más durante la alimentación.		
3140	Manejo de las vías aéreas	Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.		
		Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.		
		Enseñar a toser de manera efectiva.		
		Realizar la aspiración endotraqueal.		
		Administrar tratamientos con aerosol.		

3250	Mejora de la tos	Animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces seguidas.	
		Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la espiración.	
		Fomentar la hidratación.	
3350	Monitorización respiratoria	Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	
		Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.	
		Realizar percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.	
		Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.	
		Anotar aparición, características y duración de la tos.	
		Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.	

2ª NECESIDAD: ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN. Comer y beber adecuadamente.

El tiempo de comienzo de la alimentación oral debe oscilar entre los días 10 y 14, nunca antes, pues no existe una cicatrización que garantice el paso de los alimentos. Además, de esta forma se evita que aparezcan complicaciones como las fístulas faringocutáneas. (13, 16, 37-39)

NANDA: (00103) Deterioro de la deglución r/c anomalías laríngeas (presencia de traqueostomía) y deterioro neuromuscular (disminución de la fuerza de los músculos implicados en la deglución) m/p observación de evidencias de dificultad en la deglución (atragantamiento, tos).

Resultado esperado (RE):**RE1:** (1010) Estado de deglución.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
101010	Momento de reflejo de deglución			
101012	Ausencia de atragantamiento, tos o náuseas			
101013	Esfuerzo deglutorio aumentado			
101017	Incomodidad con la deglución			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
1860	Terapia de deglución	Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.		
		Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.		
		Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.		
		Enseñar a la familia / cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos.		
		Proporcionar / comprobar la consistencia de los alimentos / líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.		

RE2: (1918) Prevención de la aspiración.
 ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
191803	Se incorpora para comer o beber			
191804	Selecciona comidas según su capacidad deglutoria			
191806	Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas			
191810	Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3200	Precauciones para evitar la aspiración	Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.		
		Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.		
		Ofrecer alimentos y líquidos que pueden formar un bolo antes de la deglución.		
		Alimentación en pequeñas cantidades.		
		Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.		
		Trocear los alimentos en porciones pequeñas.		

NANDA: (00039) Riesgo de aspiración r/c traqueostomía y depresión del reflejo tusígeno.

Resultado esperado (RE):

RE 1: (1918) Prevención de la aspiración.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
191801	Identifica factores de riesgo			
191803	Se incorpora para comer o beber			
191804	Selecciona comidas según su capacidad deglutoria			
191809	Mantiene la higiene bucal			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3180	Manejo de la vía aérea artificial	*actividades ya indicadas.		
3140	Manejo de las vías aéreas	*actividades ya indicadas.		

RE 2: (1908) Detección del riesgo.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
190801	Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos			
190802	Identifica los posibles riesgos para la salud			
190803	Coteja los riesgos percibidos			
190809	Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales			
190810	Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3200	Precauciones para evitar la aspiración	*actividades ya indicadas.		

8ª NECESIDAD: HIGIENE/PIEL. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

NANDA: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, secreciones y cambios en la turgencia de la piel.

Resultado esperado (RE):

RE1: (1103) Curación de la herida: por segunda intención.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
110303	Supuración purulenta			
110306	Secreción serosanguinolenta			
110307	Eritema cutáneo circundante			
110311	Piel macerada			
110314	Fistulización			
110317	Olor de la herida			
110322	Inflamación de la herida			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3660	Cuidados de las heridas	Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico.		
		Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.		
		Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.		
		Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.		
3590	Vigilancia de la piel	Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.		
		Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.		
		Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.		

RE2: (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
192401	Reconoce el riesgo personal de infección			
192413	Desarrolla estrategias de control efectivo de la infección			
192415	Practica la higiene de las manos			
192416	Practica estrategias de control de la infección			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3590	Vigilancia de la piel.	*actividades ya indicadas.		
6550	Protección contra las infecciones.	Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.		
		Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.		
		Obtener muestras para cultivo, si es necesario.		
		Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas.		

RE3: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
110115	Lesiones cutáneas			
110116	Lesiones de la membrana mucosa			
110117	Tejido cicatricial			
110121	Eritema			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3590	Vigilancia de la piel	*actividades ya indicadas.		

9ª NECESIDAD: SEGURIDAD. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

NANDA: (00004) Riesgo de la infección r/c rotura de la piel (procedimientos invasivos).

Hay un alto riesgo de infección en relación al excesivo estancamiento de secreciones, a la ausencia de acondicionamiento aéreo por las vías aéreas superiores, a la incisión quirúrgica y al deficiente estado nutricional (algunos casos). (45)

Resultados esperados (RE):

RE1: (1842) Conocimiento: Control de la infección

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
184204	Signos y síntomas de infección			
180706	Procedimientos de control de la infección			
182407	Importancia de la higiene de las manos			
184208	Actividades para aumentar la resistencia a la infección			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3660	Cuidados de las heridas	*actividades ya indicadas.		
3590	Vigilancia de la piel	*actividades ya indicadas.		
6540	Control de infección	Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.		
		Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.		
		Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.		
		Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuada.		
		Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.		

RE2: (1814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
181401	Procedimiento terapéutico			
181403	Pasos del procedimiento			
181404	Uso correcto del equipamiento			
181407	Cuidados adecuados del equipamiento			
181409	Acciones apropiadas durante las complicaciones			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
3660	Cuidados de las heridas	*actividades ya indicadas.		
3590	Vigilancia de la piel	*actividades ya indicadas.		

NANDA: (00146) Ansiedad r/c cambios en el estado de salud y situaciones amenazantes (obstrucción del tubo) m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales y nerviosismo.

La laringectomía total se asocia a consecuencias psicológicas, como la ansiedad y la depresión, frecuentemente presentes en la enfermedad oncológica.

Estos niveles de ansiedad y depresión se asocian, en este caso, a la pérdida de la voz y a lo que esto supone: pérdida de la identidad, temor a la recaída, situación de indefensión y de incertidumbre ante la comunicación interpersonal, etc; que llevan asociados distintos síntomas, como la irritabilidad, alteraciones psicomotoras, alteraciones del pensamiento y de la propia autoestima. (40,42-45)

Se valora con la escala de ansiedad-depresión de Goldberg. (Anexo 1) (31)

Resultado esperado (RE):**RE1:** (1402) Autocontrol de la ansiedad.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
140204	Buscar información para reducir la ansiedad			
140205	Plantea estrategias para superar situaciones estresantes			
140207	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad			
142016	Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
5820	Disminución de la ansiedad	Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.		
		Proporcionar información.		
		Reforzar el comportamiento.		
		Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.		
		Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.		
6040	Terapia de relajación	Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.		
		Determinar si alguna intervención ha resultado útil en el pasado.		
		Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.		
		Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.		

RE2: (1211) Nivel de ansiedad.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
121101	Desasosiego			
121107	Tensión facial			
121112	Dificultades para la concentración			
121113	Dificultades de aprendizaje			
121114	Dificultades para resolver problemas			
121125	Fatiga			
121128	Abandono			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
5230	Mejorar el afrontamiento	Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo		
		Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes		
		Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado		
		Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia		
		Explorar los éxitos anteriores del paciente		
		Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones		
6040	Terapia de relajación	*actividades ya indicadas.		

NANDA: (00062) Riesgo de cansancio en desempeño del rol del cuidador r/c falta de descanso y distracción del cuidador.

Como se trata de una enfermedad predominante en el sexo masculino, la cuidadora principal en el domicilio suele ser la mujer, esposa del enfermo. En el caso de enfermos con cáncer de laringe, hay que considerar que se trata de una enfermedad potencialmente mortal, notar cambios corporales, sufrir los efectos de la enfermedad y sus tratamientos, hace que en la vida del paciente y su familia exista un antes y un después de la enfermedad. Por ello es importante el apoyo familiar para sobrellevar la nueva vida, especialmente los primeros días o meses ya que es en esta primera fase donde la persona que asume el rol de cuidador principal se entrega por completo cubriendo además funciones de vigilancia de su respiración, deglución y comunicación. (13, 14, 20-23)

Se valora el nivel de sobrecarga del cuidador principal con la escala Zarit. (Anexo 4) (34)

Resultados esperados (RE):

RE 1: (2208) Factores estresantes del cuidador familiar.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
220801	Factores estresantes referidos por el cuidador			
220809	Ausencia de actividades de ocio habitual			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
7040	Apoyo al cuidador principal	Actuar si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.		
		Estudiar con el cuidador los puntos fuertes y débiles.		
		Reconocer la dependencia que tiene el paciente.		
		Controlar los problemas de interacción de la familia.		
		Observar si hay índices de estrés.		

10ª NECESIDAD: COMUNICACIÓN. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

NANDA: (00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (laringectomía total) m/p incapacidad para hablar/traqueotomía.

La pérdida de la voz laríngea es la principal consecuencia que sufren los laringectomizados totales, por lo que el aprendizaje de una nueva voz es el objetivo principal de la rehabilitación de estos pacientes. La voz erigimofónica es una de las posibilidades que tienen estos pacientes para recuperar la capacidad de comunicación oral de una manera natural. (Anexo 6) (13, 22, 40-43)

Resultado esperado (RE):

RE 1: (0902) Comunicación.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
090201	Utiliza el lenguaje escrito			
090202	Utiliza el lenguaje hablado			
090203	Utiliza el dibujo y las ilustraciones			
090206	Reconoce los mensajes recibidos			
090207	Dirige el mensaje de forma apropiada			
090208	Intercambia mensajes con los demás			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
4920	Escucha activa	Mostrar interés en el paciente.		
		Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación		
		Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación		
		Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados.		

4976	Mejora la comunicación: déficit del habla	Monitorizar la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla.	
		Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada.	
		Utilizar gestos con las manos, si procede.	
		Enseñar el habla esofágica, cuando lo requiera el caso.	
		Instruir al paciente y a la familia sobre el uso de ayudas para el habla tras una laringectomía	
		Asegurar que el sistema de llamada está al alcance.	
		Remitir al paciente a sistemas de apoyo comunitario	

12ª NECESIDAD: TRABAJAR/REALIZARSE. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

La información es un arma esencial que puede acelerar el proceso de recuperación, así como disminuir la angustia y facilitar la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación. La información que se maneja es muy amplia y compleja, puesto que aborda múltiples aspectos, desde consejos para afrontar el post-operatorio inmediato, cuidados sobre el traqueostoma y mantenimiento de las cánulas, hasta consejos para su adaptación a la vida diaria. (22, 44)

NANDA: (00126) Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p verbalización del problema.

Resultado esperado (RE):

RE 1: (1814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
181403	Pasos del procedimiento			
181404	Uso correcto del equipamiento			

181407	Cuidados adecuados del equipamiento			
181408	Ejecución del procedimiento terapéutico			
181409	Acciones apropiadas durante las complicaciones			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
5606	Enseñanza individual	Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica.		
		Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.		
		Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.		
		Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.		
5510	Educación para la salud	Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia objetivo.		
		Priorizar las necesidades de aprendizaje.		
		Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo.		
		Planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida.		
5520	Facilitar el aprendizaje	Identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables.		
		Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.		
		Organizar la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta.		

13ª NECESIDAD: OCIO. Participar en actividades recreativas.

NANDA: (00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c trastornos de la imagen corporal.

Resultado esperado (RE):

RE1: (1308) Adaptación a la discapacidad física.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
130804	Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad			
130806	Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad			
130819	Informa de la disminución de la imagen corporal negativa			
130823	Obtiene ayuda de un profesional sanitario			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
5230	Mejorar el afrontamiento	*actividades ya indicadas.		

RE2: (1205) Autoestima

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
120502	Aceptación de las propias limitaciones			
120507	Comunicación abierta			
120509	Mantenimiento del cuidado/higiene personal			
120510	Equilibrio entre participar y escuchar en grupos			
120511	Nivel de confianza			
120519	Sentimientos sobre su propia persona			

INTERVENCIONES		ACTIVIDADES	Pauta
Código	Etiqueta		
5400	Potenciación de la autoestima	Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.	
		Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.	
		Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.	

Desde la consulta de Atención Primaria se valoran las intervenciones de forma individualizada. Existen asociaciones de laringectomizados donde se puede derivar al paciente para potenciar conductas sobre el trastorno de la imagen corporal o de baja autoestima, mediante técnicas de terapia grupal y/o rehabilitación en el habla esofágica. Ya que estas asociaciones están compuestas por profesionales cualificados en este tipo de pacientes.

NANDA: (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía m/p expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo, en cuanto a su aspecto, estructura o función.

Resultado esperado (RE):

RE 1: (1308) Adaptación a la discapacidad física.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
130803	Se adapta a limitaciones funcionales			
130804	Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad			
130806	Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad			
130818	Informa de la disminución de los sentimientos negativos			
130823	Obtiene ayuda de un profesional sanitario			

INTERVENCIONES		ACTIVIDADES	Pauta
Código	Etiqueta		
5270	Apoyo emocional	Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.	
		Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	
		No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.	
		Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.	
5230	Mejorar el afrontamiento	*actividades ya indicadas.	

RE 2: (1200) Imagen corporal.

ESCALA (vista anteriormente)

INDICADORES				
Código	Etiqueta	Valor Inicial Fecha:	Valor Esperado	Conseguido Fecha:
120003	Descripción de la parte corporal afectada			
120007	Adaptación a cambios en el aspecto físico			
120016	Actitud hacia tocar la parte corporal afectada			
120017	Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto			
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES		Pauta
Código	Etiqueta			
5220	Mejora de la imagen corporal	Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.		
		Ayudar a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.		
		Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.		

		Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.	
1800	Ayuda al autocuidado	Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.	
		Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.	
		Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.	
5400	Potenciación de la autoestima	Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.	
		Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.	
		Animar al paciente a evaluar su propia conducta.	

6.3 EVALUACIÓN:

Para la reevaluación se monitoriza al paciente en las siguientes visitas a través de una valoración de los indicadores NOC que se han indicado anteriormente en cada diagnóstico enfermero.

Estos indicadores tienen seleccionada una escala tipo Likert que permite valorar y hacer un control del estado de salud del paciente.

La escala Likert tiene 5 valores: 1.Gravemente comprometido; 2.Sustancialmente comprometido; 3.Moderadamente comprometido; 4.Levemente comprometido; 5.No comprometido.

Así pues, en relación a los diagnósticos citados en este PC al paciente laringectomizado total, se evalúa continuamente para ver si se alcanzan los objetivos, para saber si están bien fijados o si es necesario cambiarlos.

Los diagnósticos de enfermería pueden estar o no presentes a medida que se cumplen los objetivos, o bien pueden dejar de ser reales y pasar a ser potenciales (posible) o de alto riesgo. (28, 29, 44, 45)

7. CONCLUSIÓN:

El propósito ante un paciente laringectomizado total no se debe limitar a su supervivencia sino a facilitarle una calidad de vida que se asemeje lo más posible a su estado anterior con una estabilidad psicoemocional. Por tanto, se evidencia la necesidad de una actuación profesional individualizada, mediante el proceso de un plan de cuidados. En un porcentaje elevado los problemas psicológicos y sociales van a disminuir a medida que se recupera la autoconfianza y la autoestima.

Con la valoración inicial, según el modelo de Virginia Henderson, se recogen datos que llevan a la planificación de cuidados estandarizados, pero cada paciente es único, con una historia propia; por ello es fundamental personalizar contemplando la necesidad específica en cada persona según el estado de su evolución.

Los profesionales de enfermería deben saber identificar y manejar situaciones de gran estrés emocional que sufre el paciente laringectomizado transmitiendo empatía, escucha activa e impulsando la expresión de sentimientos. Son aspectos que favorecen una relación enfermera-paciente, en la que el paciente se siente cuidado. Esta seguridad desencadena una respuesta de confianza y tranquilidad, lo que facilita la correcta rehabilitación en pacientes con deterioro de la comunicación verbal.

Es una de las intervenciones más temidas por la población en general, pero una vez superadas estas dificultades, es una de las intervenciones mejor aceptadas.

Hay que tener en cuenta que perder la voz significa quedarse sin una parte esencial de uno mismo, sin ese medio directo de expresión y comunicación, por ello, romper la barrera que se produce al comunicarse con un hablante con voz esofágica, prótesis fonatoria o que aún no puede hablar, facilitando el intercambio comunicativo sin negar la participación, ni su forma de comunicarse. Sólo así habrá una comunidad de hablantes en general, con los mismos derechos y oportunidades, ya que *"la mejor medicina para el laringectomizado es la ilusión"*. (13, 15, 19, 20, 40-45)

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización para la Cooperación y Desarrollo (OCDE) [Internet]. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [Actualizado 21 noviembre 2013]Informe sobre los indicadores sanitarios en 2013. [Citado 28 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
2. A. Cabanes, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, M. Pollán, G. López-Abente. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2009. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/epicancerjunio2009-revisado2.pdf>
3. GLOBOCAN, 2012. [Internet] Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), 2012. [Citado 28 Abril 2015]. Distribución por edades de la mortalidad por cáncer de laringe en ambos sexos en 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/age-specific_table_n.asp?selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=0&type=1&stat=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
4. GLOBOCAN, 2012. [Internet] Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), 2012. [Citado 28 Abril 2015]. Distribución por edades de la mortalidad por cáncer de laringe en varones en 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/age-specific_table_n.asp?selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=1&type=1&stat=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
5. GLOBOCAN, 2012. [Internet] Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), 2012. [Citado 28 Abril 2015]. Distribución por edades de la mortalidad por cáncer de laringe en mujeres en 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/age-specific_table_n.asp?selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=2&type=1&stat=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
6. Instituto de Salud Carlos III. [Internet] Tendencia temporal en España desde 1975-2012 de la mortalidad de cáncer de laringe en

- varones. [Citado 28 Abril 2015]. Disponible en:
<http://193.146.50.130/morta/consulta.php>
7. Instituto de Salud Carlos III. [Internet] Tendencia temporal en España desde 1975-2012 de la mortalidad de cáncer de laringe en mujeres. [Citado 28 Abril 2015]. Disponible en:
<http://193.146.50.130/morta/consulta.php>
 8. Instituto de Salud Carlos III [Internet] Mortalidad de cáncer en España: Evolución desde 1992-2012 según sexo. [Citado 28 Abril 2015]. Disponible en:<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-ambiental-y-cancer/mortalidad-cancer-en-espana.shtml>
 9. GLOBOCAN, 2012. [Internet] Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), 2012. [Citado 28 Abril 2015]. Tasa de mortalidad por cáncer de laringe en los países europeos en ambos sexos por cada 100.000 habitantes. Disponible en:
http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_site.html.asp?selection=11100&title=Laringe&sex=0&type=1&window=1&europe=4&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
 10. GLOBOCAN, 2012. [Internet] Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), 2012. [Citado 28 Abril 2015]. Tasa de mortalidad por cáncer de laringe en España en varones por cada 100.000 habitantes en 2012. Disponible en:
http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_pop.html.asp?population=4&selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=1&type=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
 11. GLOBOCAN, 2012. [Internet] Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), 2012. [Citado 28 Abril 2015]. Tasa de mortalidad por cáncer de laringe en España en mujeres por cada 100.000 habitantes en 2012. Disponible en:
http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_pop.html.asp?population=4&selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=2&type=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
 12. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. [Internet] Situación de salud, sistema sanitario y opinión de los ciudadanos. [Citado 28 Abril 2015]. Disponible en:

- http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeannual2013/Resumen_2013_SNS.pdf
13. Casado Morente JC, Adrián Torres JA. Manual del laringectomizado. 1ª ed. Málaga: Aljibe; 2004.
 14. Moreno Rodríguez Ana M, González García Milagros. Aproximación cualitativa de la experiencia vivida por la mujer de un enfermo con laringectomía. *Index Enferm*, Jun 2011; 20 (1-2):120-123.
 15. Poza Artés CM, Ruiz Magañas E, Ramos Bosquet G, Ramos Sánchez R, Maldonado Martín I, Martínez Ocaña A. Programa de educación al paciente traqueotomizado. *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(1).
 16. Sánchez García M, Bandera Lopez I, García Rodríguez JJ, Jimenez Ruiz M. Programa de EPS en pacientes laringectomizados. *Enferm Docente* 2002; 76:11-23.
 17. Sánchez RA, Collado JIA, Sebastián JM, Bondía A, Vallés H. Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelaringectomizado. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2011;62(3):220-227.
 18. Bueno Llarena MV. El afrontamiento y la esperanza ante un caso difícil. *Arch Memoria* 2012;9(2).
 19. Álvarez Caballero J. Afrontamiento inefectivo y conductas de riesgo. *Rev Etica de los cuidados* 2010;3(5).
 20. Poza Artés CM, Ortíz Jiménez FM. Mi lucha: relato de un paciente laringectomizado total. *Arch Memoria* 2006; 3(1).
 21. Álvarez Caballero J. ¿Perderé algo más que su voz? El relato de la cuidadora de un paciente laringectomizado. *Arch Memoria* 2011;8(1).
 22. Poza Artés CM, Ortiz Jiménez FM, Ramos Bosquet G. Necesidades percibidas por los pacientes laringectomizados y sus cuidadores para la continuidad de cuidados. *Rev Paraninfo Digital* 2009; 3(7).
 23. Moreno Rodríguez AM, Meneses Jiménez M, González García M, Martín Juárez M. Vivencias de la mujer de un recién laringectomizado: De pareja a cuidadora. *Rev Paraninfo Digital* 2010; 4(9).
 24. Universidad de Zaragoza. *Anales de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud*. 1998; 2007.

25. Anselin JM, Lesage I. Laryngectomies and nursing care. Rev Infirm 2013 Aug-Sep;193:22-23.
26. Beudaert M, Houze S, Piesyk V, Bonnissent V. Hospital care in the home after a laryngectomy. Rev Infirm 2013 Aug-Sep;193:27-28.
27. Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
28. Johnson M. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
29. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª en español, traducción de la 5ª en inglés ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
30. Butcher HK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª en español, traducción de la 6ª en inglés ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
31. Guíasalud. [Internet] Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008. [Actualizado 11 Diciembre 2013] Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/anexos.html>
32. Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. Health Qual Life Outcomes. 2012 Oct 30;10:130. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/escala-lawton-brody/>
33. Trigas-Ferrin M, Ferreira-Gonzalez L, Meijide-Minguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-6. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/indice-barthel/>
34. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Taussing MI et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Revista de Gerontología 1996; 6, 338-346.
35. Morales Puebla JM, Morales Puebla ÁF, Jiménez Antolín JA, Muñoz Platón E, Padilla Parrado M, Chacón Martínez J. Rehabilitación olfativa

- tras la laringectomía total. Acta Otorrinolaringológica Española 2010 0;61(2):128-134.
36. Merol JC, Charpiot A, Langagne T, Hemar P, Ackerstaff AH, Hilgers FJ. Randomized controlled trial on postoperative pulmonary humidification after total laryngectomy: external humidifier versus heat and moisture exchanger. Laryngoscope 2012 Feb;122(2):275-281.
37. Reynaldo González María de los Ángeles, Trinchet Soler Rafael, Pérez Fernández Julia, Álvarez Borges Francisco Emilio. Comportamiento de las fístulas faringocutáneas. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Mayo 03] ; 49(2) . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200002&lng=es.
38. Santana ME, Sawada NO. Fístula faringocutánea posterior a la laringectomía total: revisión sistemática. Rev Latino-am Enfermagem -Bra, 2008 jul-ago;16(4):772-778.
39. Palomar Asenjo V, Capell ES, Gómez ST, Hernández IP, Palomar García V. Fístula faringocutánea tras laringectomía total. Estudio de casos y controles de los factores de riesgo implicados en su aparición. Acta Otorrinolaringológica Española 2008;59(10):480-484.
40. Bernal Pérez, Francisca. La comunicación: herramienta fundamental en la calidad de la atención integral a los pacientes laringectomizados. Ciber Revista -Esp- 2013; 33. Disponible en: url: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2013/pagina6.html>
41. Matos RE, Soares E, Castro ME, Fialho, Ana Virgínia de Melo, Caetano JÁ. Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado [Dificultades de comunicación verbal del cliente sometido a la retirada quirúrgica de la laringe]. R Enferm UERJ 2009 abr-jun;17(2):176-181.
42. Zubiri E, Pollán MM, Gabari MI. Relación entre el aprendizaje de la voz erigimofónica y los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes laringectomizados totales. Psicooncología 2012;9(1):113-124.

43. Marín Abellán, María de los Ángeles. Perder la voz tras un cáncer de laringe. Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos 2013;24.
44. Poza Artés CM, Ramos Bosquet G, Ortiz Jiménez FM, Jiménez Hidalgo A, Blanes Oyonarte M, López Zorrilla R. Resultados NOC. Implementación y evaluación de una intervención educativa a pacientes laringectomizados. Evidentia. 2007 jul-ago; 4(16).
45. Capuz Sendra S. Procesos de atención de enfermería al paciente laringectomizado. Enferm Integral 2008 sep;83:20-23.

9. ANEXOS:

ANEXO 1: ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN DE GOLDBERG:

Cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:

- Una para detección de la ansiedad, y la otra para la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
 - Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
 - Todos los ítems tienen la misma puntuación.
 - Siguen un orden de gravedad creciente.
 - Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

ANEXO 2: ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total.

ANEXO 3: VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL

Cuestionario con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Los puntos de corte para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

ANEXO 4: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR –ZARIT

Mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes dependientes. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes son:

- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- 55-56 Sobrecarga Intensa

ANEXO 5: VALORACIÓN INICIAL SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

VALORACIÓN SEGÚN 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON		
1. RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN.		
Tensión arterial: / Hg	Frecuencia cardíaca: lat/m	Frecuencia respiratoria: resp/m
Medicación respiratoria: (SI / NO) Cuál:	Tos inefectiva/no productiva(SI / NO)	Expectoración (SI / NO) Características:
Dificultad para respirar: - Reposo - Esfuerzos moderados - Grandes esfuerzos	Fumador: (SI / NO)Cantidad:	
	Desea dejar de fumar (SI / NO)	
	Depresión de reflejos nauseas y tos (SI / NO)	
Ruidos respiratorios anormales: - Disminuidos - Sibilancias - Estertores - Crepitantes - Roncus	Edemas (SI / NO)	
	Deterioro de la circulación MMII (SI / NO)	
	Fisioterapia respiratoria (SI / NO)	
	Tubos respiratorios (SI / NO)	
	Dispositivos:	
Otras observaciones:		
2. ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN.		
Peso: Kg.	Talla: cm.	IMC: (Kg/m ²)
Hábitos de hidratación/alimentación (CORRECTO / INCORRECTO)		
Tipo de dieta: - Diabética - Hiposódica - Adelgazamientos - Colesterol	Toma suplementos: Cuál:	
	Alimentación oral (SI / NO)	
	Alimentación parenteral (SI / NO)	
	Alimentación enteral (SI / NO)	
Alergias o intolerancias alimentarias:	Problemas de dentición/mucosa oral (SI / NO)	
Náuseas o vómitos (SI / NO)	Apetito (aumentado/normal/disminuido)	
Dificultad a la masticación y deglución (SI / NO)	Total de consumo de líquidos diarios: (1 vaso=250cc)	
Otras observaciones:		
3. ELIMINACIÓN.		
Número de deposiciones/día:	Incontinencia urinaria (SI / NO)	Incontinencia fecal (SI / NO)
Hemorroides (SI / NO)	Retención (SI / NO)	Estreñimiento (SI / NO)
Gases (SI / NO)	Sangrado (SI / NO)	Dolor (SI / NO)
Tipo de heces: - Líquida - Formada - Dura	Presencia en heces de: - Sangre - Mocos - Parásitos	Ayuda para la defecación: - fármacos/laxantes - dieta - Sustancias naturales
Incapacidad para usar por sí mismo el WC (SI / NO)		Cambios en hábitos intestinales (SI / NO)
Sondaje vesical (SI / NO) (permanente/intermitente)		
Problemas en la menstruación (sangrado abundante/sangrado entreciclos/irregular/dolor/amenorrea)		
Fecha última menstruación:		
Realiza control ginecológico (SI / NO)		

Otras pérdidas (sudoración excesiva/exudado de heridas/drenajes)		
Otras observaciones:		
4. MOVILIZACIÓN.		
Actividad física (SI / NO)	Fuerza (SI / NO)	Estabilidad (SI / NO)
Uso de dispositivos (SI / NO)	Energía para las AVD (SI / NO)	
Situación actual: - Deambulante - Sillón-cama - Encamado	Inestabilidad en la marcha (SI / NO)	
	Reducción de la energía para tolerar la actividad (SI / NO)	
	Limitación de amplitud de movimientos articulares (SI / NO)	
Alteraciones motoras: - Temblor grueso - Temblor fino - Estereotipias - Distonía		
- Ecopraxia - Inhibición psicomotora - Estupor catatónico - Otras:		
Otras observaciones:		
5. REPOSO/SUEÑO.		
Patrón de sueño (nº horas de sueño/día):		
Problemas para dormir (SI / NO)	Sensación de haber descansado (SI / NO)	
Cambios en el patrón de sueño: - Dificultad para conciliar el sueño - Sueño no reparador - Desvelo prolongado		
- Interrupción del sueño - Duerme durante el día - Dificultad para despertar		
- Apnea del - Hipersomnia - Sonambulismo		
Ayuda para dormir (SI / NO) (medicación/relajación/sustancias naturales):		
Nivel de energía durante el día (bueno/regular/malo):		
Otras observaciones:		
6. VESTIRSE / DESVERTIRSE.		
Requiere ayuda (SI / NO)		
Vestuario y calzado seguro y adecuado (SI / NO)		
Otras observaciones:		
7. TERMORREGULACIÓN.		
Temperatura: °C	Fluctuaciones de temperatura (SI / NO)	
Sensibilidad al calor (aumentada/normal/disminuida)		
Sensibilidad al frío (aumentada/normal/disminuida)		
Otras observaciones:		
8. HIGIENE/PIEL.		
Requiere ayuda (SI / NO)	Higiene general correcta (SI / NO)	
Higiene bucal correcta (SI / NO)	Estado de la piel y mucosas (CORRECTO/INCORRECTO)	
Pérdida de la continuidad de la piel (SI / NO) (úlceras, heridas, quemaduras, drenajes, estomas)		
Otras observaciones:		
9. SEGURIDAD.		
Nivel de conciencia:	Estado anímico:	
Alteración del contenido de la conciencia (SI / NO)	Alteración de la percepción (SI / NO)	
Capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones (SI / NO)		
Alergias:	Dolor:	
Déficit visuales o auditivos (SI / NO)	Ayuda para disminuir el dolor:	

Tóxicos (tabaco/alcohol):	Cuánta cantidad:
Manejo del régimen terapéutico (CORRECTO/INCORRECTO)	
Conductas violentas (SI / NO)	
Otras observaciones:	
10. COMUNICACIÓN.	
Dificultad en la comunicación verbal (SI / NO)	Especificar:
Otras alteraciones en el lenguaje:	Alteraciones en el curso de pensamiento (SI / NO)
Alteración en la visión/oído (SI / NO)	Vive solo (SI / NO)
Dificultad en las relaciones sociales, familiares, sexuales (SI / NO)	
Su cuidador principal es:	Situación de aislamiento social (SI / NO)
Tiene dificultad el cuidador con las tareas (SI/NO)	Problemas familiares (SI / NO)
Otras observaciones:	
11. CREENCIAS Y VALORES.	
Grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud (SI / NO)	
Problemas emocionales s(SI / NO)	Cambios vitales y de rol (SI / NO)
Cambios en la estructura familiar (SI / NO)	
Religión:	Dificultad para participar en las prácticas religiosas habituales (SI / NO)
Dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles /SI / NO)	
Otras observaciones:	
12. TRABAJAR/REALIZARSE.	
Situación laboral (trabaja/paro/jubilado/ama de casa/invalidez permanente/estudiante)	
Influencia de la salud en su situación laboral, social y familiar (SI / NO)	
Problemas en el trabajo (SI / NO)	Situación de estrés (aumentada/normal/disminuida)
Situación socio-económica:	Se siente útil (SI / NO)
Otras observaciones:	
13. OCIO.	
Actividades de ocio habituales:	Afirma que se aburre (SI / NO)
Influencia de la salud en las actividades de ocio (SI / NO)	
Conoce recursos disponibles de la comunidad (SI / NO)	
Falta de voluntad para realizar actividades (SI / NO)	
Otras observaciones:	
14. APRENDER.	
Nivel de estudios:	Grado de información sobre su salud:
Alteraciones de la memoria, cognición, atención o percepción (SI / NO) ¿Cuál?	
Autoestima (Aumentado/normal/disminuido)	Imagen corporal (buena/mala)
Tiene falta de información sobre:	Desea más información sobre:
Otras observaciones:	

ANEXO 6: LA VOZ ESOFÁGICA O ERIGMOFÓNICA

La pérdida de la voz laríngea es la principal consecuencia que sufren los laringectomizados totales, por lo que el aprendizaje de una nueva voz es el objetivo principal de la rehabilitación de estos pacientes. La voz erigmofónica es una de las posibilidades que tienen estos pacientes para recuperar la capacidad de comunicación oral de una manera natural.

La erigmo fonía presenta muchas ventajas respecto a los otros métodos de producción de la voz (prótesis fonatoria y laringófono). Se trata de una voz mucho más fisiológica y natural que, en caso de una correcta adquisición permite un habla fluida e inteligible. No necesita medios quirúrgicos ni mantenimiento permanente, como en el caso de las prótesis fonatorias. Tampoco requiere el uso de una mano para tapar el traqueostoma o para sostener un laringófono, por lo que es cómodo. El único inconveniente es que exige un tiempo prolongado de entrenamiento (unos seis meses), muchísima dedicación y constancia, y la ayuda de alguien que conozca la técnica y vaya orientado al paciente.

La técnica de la voz esofágica o erigmo fonía, se consigue al introducir aire en la boca para conducirlo hasta el esófago que será impulsado hacia arriba para que vibre en la neoglotis, como antes ocurría con las cuerdas vocales; y se produzca el sonido, también llamado eructo. Este sonido resultante, terminará de modelarse en la cavidad oral y nasal. La voz esofágica es más grave pero menos fuerte que la voz laríngea; tiene una limitación, pues no permite gritar. Por ello, es necesario aprender un método que favorezca la intensidad y la modulación de la voz.

Hay un método bastante eficaz para el buen aprendizaje, el método "vocálico". Consiste en aprender a pronunciar, con la voz esofágica, las cinco vocales; fonemas fáciles de emitir y que al pronunciarlos bien, resultará más fácil comenzar a decir palabras; desde monosílabos hasta heptasílabos, y, más tarde, oraciones simples y subordinadas. (13, 21, 40-45)